



Número: **0000547-32.2019.8.17.3330**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São José do Belmonte**

Última distribuição : **08/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JANAINA DE ANDRADE BARROS (AUTOR)		MARIA JUCARA ROZENO DE OLIVEIRA BARROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63941931	29/06/2020 11:25	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Data do Acidente: 13/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JANAINA DE ANDRADE BARROS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00157/00158 - carta_03 - INVALIDEZ

00060079



Carta nº 14001030





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Data do Acidente: 13/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JANAINA DE ANDRADE BARROS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag 01017/01018 - Carta_03 - INVALIDEZ

00070509



Carta nº 14083568



Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Data do Acidente: 13/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANAINA DE ANDRADE BARROS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14000903



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANAINA DE ANDRADE BARROS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02211-0

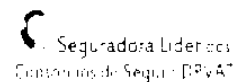
CONTA: 000001000624-4

Nr. Autenticação

BRADESCO2607201905000000000023702211000001000624168750 PAGO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070157/19

Número do Sinistro: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

CPF: 071.245.834-46

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 13/10/2016

Titular do CPF: JANAINA DE ANDRADE BARROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/04/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

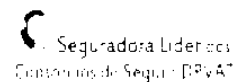
Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070157/19

Número do Sinistro: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

CPF: 071.245.834-46

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 13/10/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JANAINA DE ANDRADE BARROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/07/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

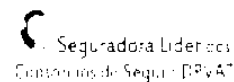
Data do cadastramento: 17/07/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Marta Marinho dos Santos



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070157/19

Número do Sinistro: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

CPF: 071.245.834-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2016

Titular do CPF: JANAINA DE ANDRADE
BARROS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/06/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

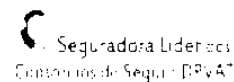
Data do cadastramento: 07/06/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Marta Marinho dos Santos



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070157/19

Número do Sinistro: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

CPF: 071.245.834-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2016

Titular do CPF: JANAINA DE ANDRADE
BARROS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

JANAINA DE ANDRADE BARROS : 071.245.834-46

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Marta Marinho dos Santos



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JANAINA DE ANDRADE BARROS, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRA
Profissão: ESTUDANTE, portador(a) do RG 7.355.441, órgão expedidor SSS-PE
e do CPF: 071.245.834-46, residente no(a) RUA ANTONIO XAVIER SOBREIRA
nº 00019, bairro: CENTRO, município: SÃO JOSÉ BELMONTE - PE.

OUTORGADO:

Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: AUTORNO MO, portador(a) do RG 8.232.372, órgão expedidor SSS-PE
e do CPF: 089.205.184-76, residente no(a) RUA A. NUNES DE MAGALHAES
nº 58, bairro: NOSSA S. DA PENHA, município: SERRA TALHADA - PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima JANAINA DE ANDRADE BARROS.

Local e Data: Sf Belmonte, 18/12/2018.

Janaina de Andrade Barros

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

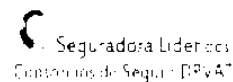
Alves de Carvalho, 32
3884-1006 / São José do Belmonte - PE
Titular: EDIVIRGENS GOMES DE MARIAS PEREIRA
Telefone: (87) 39841-006
E-mail: edivirgens.gomes@hotmmail.com

Reconheço por autenticidade a firma de JANAINA DE ANDRADE BARROS - São José do Belmonte/PE. Dou Fé.
Edivirgens Gomes de Marias Pereira. Tabelião Público.
Emol: R\$ 3,39. TSNR: R\$ 0,80. FERG: R\$ 0,40. ISS: R\$ 0,20. Total R\$ 4,79.
Selo: 0074388.F781P201801.00882 18/12/2018 14:15:06
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife/PE CEP: 52011-040



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070157/19
Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS
CPF: 071.245.834-46
Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 13/10/2016
Titular do CPF: JANAINA DE ANDRADE BARROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO : 089.205.184-16

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JANAINA DE ANDRADE BARROS : 071.245.834-46

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/02/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/02/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190172853

Cidade: São José do Belmonte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Data do acidente: 13/10/2016

Seguradora: MONGERAL AEGON
SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. PG 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190172853

Cidade: São José do Belmonte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Data do acidente: 13/10/2016

Seguradora: MONGERAL AEGON
SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. PG 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO DIREITO.

Documentos complementares:

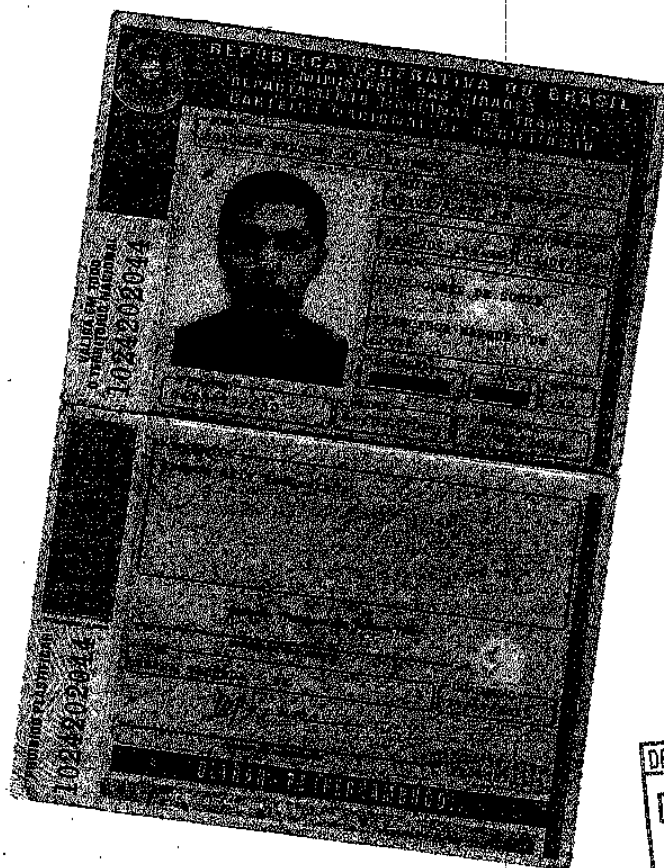
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

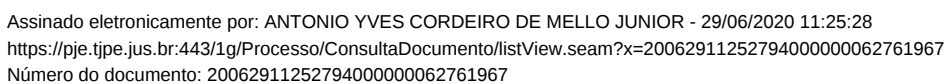
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





26 FEV 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-040



DECLARAÇÃO

Eu, Janaina de Andrade Barros, RG nº 7.355.441, CPF nº 071.245.834-46, venho através do presente instrumento, declarar que não consigo localizar o Sr. Ivanildo Lima Pereira, pessoa cuja qual a motocicleta Honda/nxr160 Bros, placa PCZ8917, chassi nº 9C2KD0810FR201144 encontrava-se licenciada na época do meu acidente (13/10/2016) e, por tal razão, venho solicitar a Seguradora Líder que isente o meu pedido indenizatório da **DECLARAÇÃO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO**. Ao mesmo tempo, adianto que estou disponível para uma auditoria realizada por parte da seguradora em pauta, para que se comprove a veracidade das informações aqui inseridas.

Grata,

São José do Belmonte/PE, 18/22/2018.

Janaina de Andrade Barros

DECLARANTE



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Titular: EDIVIRGENS GOMES DE MARINS PEREIRA
Telefone: (87) 32941-006

Reconheço por autenticidade a firma de JANAINA DE ANDRADE BARROS, São José do Belmonte/PE, Dou. E. Edivirgens Gomes de Marins Pereira. Tabela Pública. Emol: R\$ 3,33, TSNR: R\$ 0,80, PERC: R\$ 0,40, TSW: R\$ 0,20. Total R\$ 4,73.

Selo: 0076898 MOR12201801.00883 18/12/2018 11:14:06
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/salodigital

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Rua José Alves de Carvalho, 32
Tel: 3294-1006 / São José do Belmonte - PE
Edivirgens Gomes de Marins Pereira
TABELA DE OFICIAL PRIVATIVA DE PROTESTO
E-mail: cartorioew@hotmail.com



CARTA DE ESCLARECIMENTO

EU JANAINA DE ANDRADE BARROS VENHO INFORMAR A SEGURADORA LIDER QUE A MOTO QUE SOFRI O ACIDENTE QUE ESTA NO NOME DA PESSOA DE IVANILDO LIMA PEREIRA E QUE NÃO CONSIGO LOCALIZAR O MESMO PARA ASSINAR A DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO VENHO ATRAVEZ DESTA DECLARAR QUE A MOTOCICLETA QUE EU SOFRI O ACIDENTE SE ENCONTRA EM MINHA POSSE ATE HOJE E ESTOU DISPONIVEL PARA PRESTAR QUALQUER ESCLARECIMENTO OU MIM SUBMETER AUDITORIA SE FOR O CASO MAIS NÃO POSSO DEIXAR DE RECEBER MINHA INDENIZAÇÃO POR CONTA DESSA PENDENCIA POIS MIM ENCONTRO COM SEQUELAS GRAVES E ESTOU DISPONIVEL A QUALQUER HORA E DIA E MOMENTO A PRESTA ESCLARECIMENTOS SOBRE O ACIDENTE E AO CASO DE NÃO TER ENCONTRADO O PROPRIETARIO QUE O VEICULO SE ENCONTRA EM NOME .

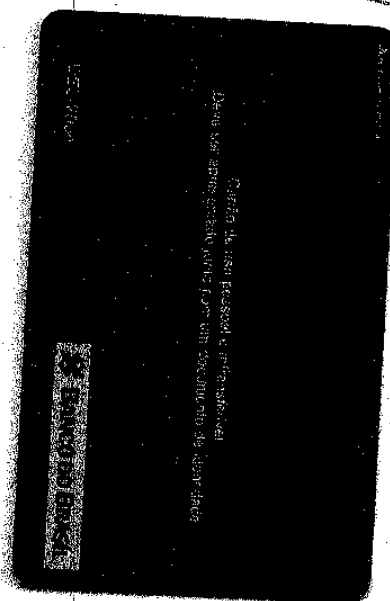
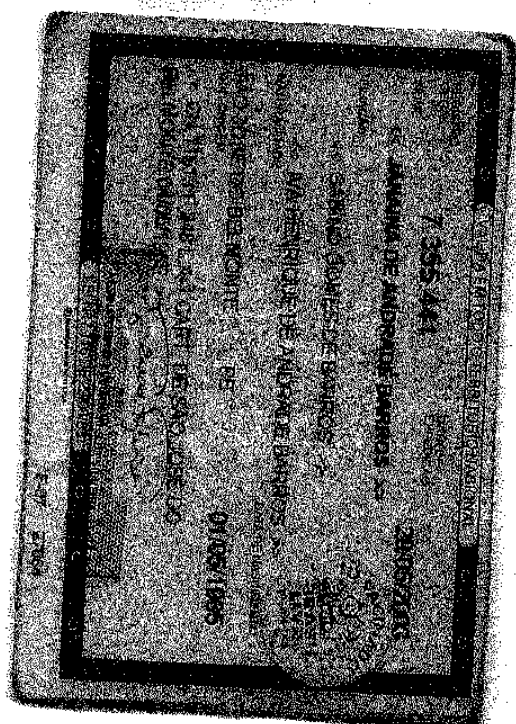
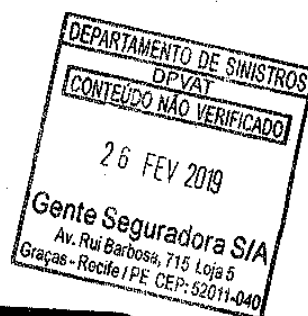
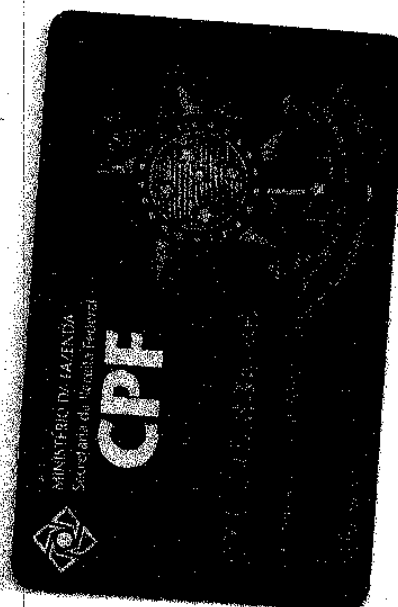
GRATO.

SERRA TALHADA/PE , 01/04/2019

Janaina de Andrade Barros

JANAINA DE ANDRADE BARROS





UNIDADE MISTA AUTA MACALHAES
SISTEMA DE RECEPÇÃO HOSPITALAR - VER 01.025
CONSULTA AMBULATORIAL

DATA: 13/10/2016
HORA: 11:19:26
PÁGINA: 001

Paciente...: JANAINA ANDRADE BARROS
Endereço...: AVENIDA EUCLIDES DE CARVALHO 197
Cidade...: SAO JOSE DO BELMONTE
Nascimento: 01/05/1985
ETNIA...: PARDA
Cart. SUS...: 16224783000500011
Mãe: IVA HENRIQUE DE ANDRADE BARROS.

Prontuário: 00005362
Bairro...: CACIMBA NOVA
Cep...: 56950000
Idade...: 31 Anos
Est. Civil...: SOLTEIRO(A)
Profissão...: VENDEDORA

Pai: SABINO GOMES DE BARROS
Nº de Registro: 00110637 13/10/2016

Atendimento Atual: 000018

Médico: RENAN PINTO
Procedimento:
Convênio: SUS AMBULATORIO
Unidade: SUS AMBULATORIO
Plano...:
Nº Carteira:

Origem: CONSULTA

Atendente: IVANILDO

DADOS DESTE ATENDIMENTO:

*Paciente com Febre
Regressiva, com
sede de no boudo, me
falta Repere des se
no boca*

PESO:	g	ESTATURA:	cm	PC:	cm
ALIMENTO SO NO PEITO	() SIM () NAO			ALIMENTACAO ADEQUADA	() SIM () NAO
EXAME FISICO NORMAL	() SIM () NAO			EXAME FISICO MOTOR NORMAL	() SIM () NAO
ESTADO VACINAL ATUALIZADO	() SIM () NAO			EXAME FISICO MOTOR NORMAL	() SIM () NAO

QUEIXA PRINCIPAL, HDA, ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES, CONDIÇÕES SOCIAIS, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, EXAME FÍSICO, ETC

*Junho: Junho e Julho
gratificação
Procedimento Círculo*

EXAMES SOLICITADOS E CONDUTA:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

COD. PROC. SUS:

ENCAMBEAMENTO:

1- () ALTA 2- () INTERNAÇÃO 3- () OUTRO PROFI. FAMIL. QUAL:
Continuação de () Ambulatório 4- () INTERNAÇÃO QUAL:

CID:



Assinatura Médico c/ Carimbo

Assinatura Paciente (Responsável)

*000018
Data 13/10/2016*



CHAMADA DE ANESTESIA

Data

Hospital

Acomod

Nome

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

HOSPITAL SÃO FRANCISCO

Ge

CRM

Nome do Anestesiologista

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Nome do Cirurgião

OTACIO

Sexo

Cor

Idade

Risco

Medicação Pré-anestésica

Cirurgia

Int & Int Plástico Tórax

Urgência

☒ NÃO

☐ SIM

Horário

O₂

N₂O

Líquidos

SpO₂

ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Propofol 100mg

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

Técnica Anestésica

Propofol

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

cur

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26-FEV-2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 746-Loja 5
Graciosa-Recife/PE CEP: 52011-040

Monitorização

☐ Cardióscopo

☐ Oxímetro

☒ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Elet. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volume IBP Plus

Encaminhado

☐ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☐ SRPA

☒ Semi/Ent

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações

Assinatura do Anestesiologista





HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AAB - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: csl184@hotmail.com

CLÍNICA

Unidade Raitu

Número do Registro: 35983

Data: 16 / 10 / 14

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Genair de Andrade Barros

Idade: 38

Sexo: M

Cor:

Estado Civil: Solteiro

Profissão: Agricultor

Naturalidade:

Nacionalidade: B

Endereço:

Rua: Av. Euclides de Carvalho

N.º:

Bairro: Cumbica da

Idade: São F. do Belmonte

Estado: PE

Fone:

Filiação:

Pai: Salmo Gomes de Barros

Mãe: Sra. Henrique de Andrade Barros

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

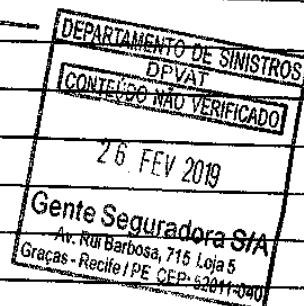
Tem os pontos de
doença

Hipótese Diagnóstica:

Doença do

Exames Solicitados:

Rx



Condições de Alta

Motivo de Alta



Cirurgia Realizada:

Int g r4 flato subul.

N.º do Procedimento:

Data:

17/10/16

Início:

Término:

Cirurgião:

G. Henrique

1.º Auxiliar:

2.º Auxiliar:

Anestesista:

W

1) 1.º

2) 2.º

3) 3.º flato de 1.º e 2.º de 1.º e 2.º -

(4) 4.º 1.º

Dr. Edson A. Silva
OAB/PE 15.122
C.E.M. 9.5519-0112





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, portador do CPF nº 029.112.019, residente e domiciliado em Av. R. Barbosa, 715 - Lj. 5 - Recife - PE, declaro que sou o proprietário do veículo de placa 3639766, modelo 2014, marca FIAT, ano 2014, cor PRATA, com o documento de identidade 013.362.019-SS.

Nome do proprietário: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

CPF: 029.112.019 Data de nascimento: 25/04/2000

Endereço: Av. R. Barbosa, 715 - Lj. 5 - Recife - PE

Nome do veículo: FIAT Modelo: 2014 Ano: 2014 Cor: PRATA

Placa: 3639766 Documento de identidade: 013.362.019-SS

Nome do veículo: FIAT Modelo: 2014 Ano: 2014 Cor: PRATA

Placa: 3639766 Documento de identidade: 013.362.019-SS

Nome do veículo: FIAT Modelo: 2014 Ano: 2014 Cor: PRATA

Placa: 3639766 Documento de identidade: 013.362.019-SS

Nome do veículo: FIAT Modelo: 2014 Ano: 2014 Cor: PRATA

Placa: 3639766 Documento de identidade: 013.362.019-SS

Nome do veículo: FIAT Modelo: 2014 Ano: 2014 Cor: PRATA

Placa: 3639766 Documento de identidade: 013.362.019-SS

Nome do veículo: FIAT Modelo: 2014 Ano: 2014 Cor: PRATA

Placa: 3639766 Documento de identidade: 013.362.019-SS

Nome do veículo: FIAT Modelo: 2014 Ano: 2014 Cor: PRATA

Placa: 3639766 Documento de identidade: 013.362.019-SS

Nome do veículo: FIAT Modelo: 2014 Ano: 2014 Cor: PRATA

Placa: 3639766 Documento de identidade: 013.362.019-SS

Nome do veículo: FIAT Modelo: 2014 Ano: 2014 Cor: PRATA

Placa: 3639766 Documento de identidade: 013.362.019-SS

Nome do veículo: FIAT Modelo: 2014 Ano: 2014 Cor: PRATA

Placa: 3639766 Documento de identidade: 013.362.019-SS

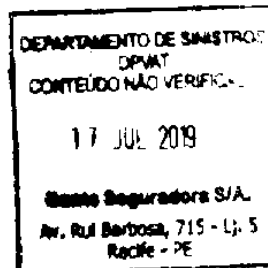
Nome do veículo: FIAT Modelo: 2014 Ano: 2014 Cor: PRATA

Placa: 3639766 Documento de identidade: 013.362.019-SS

Nome do veículo: FIAT Modelo: 2014 Ano: 2014 Cor: PRATA

Placa: 3639766 Documento de identidade: 013.362.019-SS

Nome do veículo: FIAT Modelo: 2014 Ano: 2014 Cor: PRATA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 11:25:28

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 11:25:28

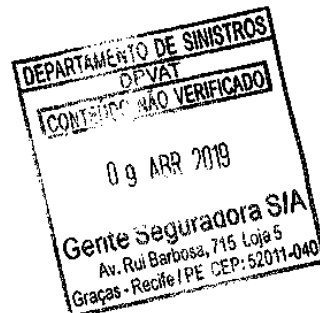
0070157/19

CARTA DE ESCLARECIMENTO

EU JANAINA DE ANDRADE BARROS VENHO INFORMAR A SEGURADORA LIDER QUE A MOTO QUE SOFRI O ACIDENTE QUE ESTA NO NOME DA PESSOA DE IVANILDO LIMA PEREIRA E QUE NÃO CONSIGO LOCALIZAR O MESMO PARA ASSINAR A DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO VENHO ATRAVEZ DESTA DECLARAR QUE A MOTOCICLETA QUE EU SOFRI O ACIDENTE SE ENCONTRA EM MINHA POSSE ATÉ HOJE E ESTOU DISPONIVEL PARA PRESTAR QUALQUER ESCLARECIMENTO OU MIM SUBMETTER AUDITORIA SE FOR O CASO MAIS NÃO POSSO DEIXAR DE RECEBER MINHA INDENIZAÇÃO POR CONTA DESSA PENDENCIA POIS MIM ENCONTRO COM SEQUELAS GRAVES E ESTOU DISPONIVEL A QUALQUER HORA E DIA E MOMENTO A PRESTA ESCLARECIMENTOS SOBRE O ACIDENTE E AO CASO DE NÃO TER ENCONTRADO O PROPRIETARIO QUE O VEICULO SE ENCONTRA EM NOME .

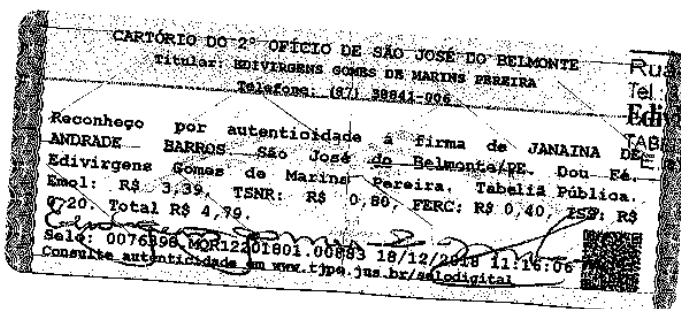
GRATO.

SERRA TALHADA/PE, 01/04/2019



Janaina de Andrade Barros

JANAINA DE ANDRADE BARROS





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 019.205.114 / 16, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JANAINA DE ANDRADE BARROS inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.245.834 / 46

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JANAINA DE ANDRADE BARROS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.245.834 / 46, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Número:	Complemento:
<u>RUA AGOSTINHO NUNES DE MAGALHÃES</u>	<u>58</u>	<u>1º ANDAR</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>NOSSA S. DA PENHA</u>	<u>SERRA TALHADA</u>	<u>PE</u>
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
<u>JOAQUIM NETO 763 @ GMAIL.COM</u>	<u>56.903-510</u>	<u>(87) 980467128</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE, 13/02/2019

Joaquim Marques de Lima Neto
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 11:25:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062911252794000000062761967>
Número do documento: 20062911252794000000062761967

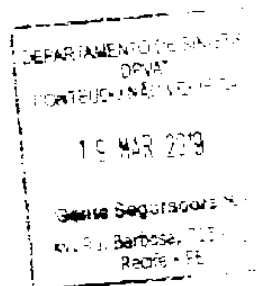
Num. 63941931 - Pág. 24

CARTA DE ESCLARECIMENTO

EU JANAINA DE ANDRADE BARROS INFORMO A SEGURADORA LIDER QUE A MOTO QUE SOFRI O ACIDENTE QUE ESTA NO NOME DA PESSOA DE IVANILDO LIMA PEREIRA E QUE NÃO CONSIGO LOCALIZAR O MESMO PARA ASSINAR A DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO VENHO ATRAVEZ DESTA DECLARAR QUE A MOTOCICLETA QUE EU SOFRI O ACIDENTE SE ENCONTRA EM MINHA POSSE ATE HOJE E ESTOU DISPONIVEL PARA PRESTAR QUALQUER ESCLARECIMENTO OU MIM SUBMETTER AUDITORIA SE FOR O CASO MAIS NÃO POSSO DEIXAR DE RECEBER MINHA INDENIZAÇÃO POR CONTA DISSO .

GRATO.

SERRA TALHADA/PE, 15/03/2019



Janaina de Andrade Barros

JANAINA DE ANDRADE BARROS

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Tribunal: TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO PIAUÍ
Relatório: 007/1981-2019

Recebe-se por autenticidade a firma de JANAINA DE ANDRADE BARROS, mãe Jose de Belmonte/PE, Dou. Pá. Edvigeas Gomes de Martins Pereira, Tabelia Pública. Emol: R\$ 2,30, TAMP: R\$ 0,60, EMER: R\$ 0,60, L&S: R\$ 0,20. Total R\$ 4,70.

Selo: 007/1981-2019/00002 16/12/2018 16/12/2018
Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/calculadora



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENÇÃO: RUA ANTONIO XAVIER SOUZA - Nº: 10029 - CE
 RUA SÃO JOSE DO MARANHÃO - Nº 5695 - 6000

[illegible]

LEIT ANT: 498 CONSUBU.3
LEIT ATU. RECORRENTE JA TATA W
LEIT FAT. 508

HISTORICO DE CONSUMO		NUMERO DE AMOSTRAS			
REFERENCIA	CONSUMO	PARAMETROS	EXAT. PORT.	ANALISES REALIZ.	ATENDEM. A LEGISL.
09/2018	10		24	24	24
08/2018	07	TURBIDEZ	24	24	24
07/2018	09	COR APARENTE	24	24	24
06/2018	09	CLORO RESIDUO	24	24	24
05/2018	09	COND. TOTAL	24	24	24
04/2018	05		24	24	24

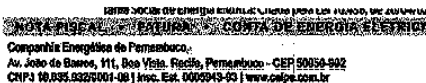
DATA	VALOR	DESCRIÇÃO
04/2018	100	Qualidade da água: sem compressão de
MEDIA:	(%)	
08% DAS INDICADORAS TOTAIS AUSÊNCIA	95% DAS INDUSTRIAS E ATIVIDADES	
02% PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS.	ESCRITÓRIO COLÉ E CLORO	
RESÍDUO NA INDICADORES DAS COMID	SU SANITARIAS DA AGUA	
03% PARÂMETROS COR E TURBIDEZ	INDICADORES DAS COMIDECOL	
ASSOCIADA AO ASPECTO VISUAL DA AGU		

ASSOCIADA AO ASPECTO VISUAL DA MATA DESERVINDO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 LITRO/LHE(5) CONSUMO EM ÁGUA	8,43	41,30
MULTIPLICAÇÃO POR 0,333		0,33
VALORES DE HOJE 08/2015		0,15

DEPARTAMENTO DE
DIPLOMA
CONTEJUNTA
19 MAR 2019
Gerente Seguros
R. J. Barbosa
Recife

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE VÍAT
LOCALIZADO NÃO REPERCADO
~~RECEBIDO~~
Gente Seguradora S/A
Av. R. Barros, 144 - 1º Andar
Grupos - Faculdade de Engenharia





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AGOSTINHO NUNES MAGALHÃES 58

NSA DA PENHA/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56903-510

CONTRATO 4009422396	Meses 01/2019
BASE DE VOUCHER 22/01/2019	BASE DE VOUCHER 13/02/2019
TOTAL A PAGAR 200,11	

IDENTIFICACAO	TIPO	DATA
048873071	UNICA	15/01/2019
FUNDACAO	NUMERO	IDENTIFICACAO
15/01/2019	2002761006	3675493

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	220,0000000	0,71978022	164,83
Contrib. Num. Pública Municipal			26,82
ICMS Subvenção-CDE-NF 039051425-14/11/18			1,56
Multa por atraso-NF 039051425-14/11/18			4,22
Juros por atraso-NF 039051425-14/11/18			2,08

TOTAL DA FATURA

200,11

ADMINISTRATIVO DE CONSUMO DESTAÇÃO (FRENTE)									
Nº DO MEMORAND.	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	JUSTE	CONSUMO (MIL)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
361023479	CAT	17-12-2016	22.117,00	15-01-2018	22.344,00	29	150800		228,00

[illegible]

IMPORTAÇÃO DE PRODUTOS

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

[illegible]

VALORES DE VALUACAO (R\$)					VALORES DE VALUACAO (R\$)	
COMUNHO	HEREDES E BENEFICIARIOS	HEREDES E BENEFICIARIOS	HEREDES E BENEFICIARIOS	HEREDES E BENEFICIARIOS	HEREDES E BENEFICIARIOS	HEREDES E BENEFICIARIOS
0,00	5,63	10,00	13,70	220	0,00	0,00
0,00	3,36	8,72	13,45			
0,00	3,11	0,00	0,00			

CONTRIBUTO	MESMA 0019	DATOS RESUMIDOS	TOTAL A PAGAR (R\$)	200.11
------------	------------	-----------------	---------------------	--------

838100000002.7 00110011004.3 00942239610.2 15387716903.6

(continued)

ANTONIO IVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 11:23:28

113533040000000062761067

.....

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040



UNIDADE MISTA AUTA MACALHAES
SISTEMA DE RECEPÇÃO HOSPITALAR - VER 01.025
CONSULTA AMBULATORIAL

DATA: 13/10/2016
HORA: 11:19:26
PÁGINA: 001

Paciente...: JANAINA ANDRADE BARROS
Endereço...: AVENIDA EUCLIDES DE CARVALHO 197
Cidade...: SAO JOSE DO BELMONTE
Nascimento: 01/05/1985
ETNIA...: PARDA
Cart. SUS...: 16224783000500011
Mãe: IVA HENRIQUE DE ANDRADE BARROS.

Prontuário: 00005362
Bairro...: CACIMBA NOVA
Cep...: 56950000
Idade...: 31 Anos
Est. Civil...: SOLTEIRO(A)
Profissão...: VENDEDORA

Pai: SABINO GOMES DE BARROS
Nº de Registro: 00110637 13/10/2016

Atendimento Atual: 000018

Médico: RENAN PINTO
Procedimento:
Convênio: SUS AMBULATORIO
Unidade: SUS AMBULATORIO
Plano...:
Nº Carteira:

Origem: CONSULTA

Atendente: IVANILDO

DADOS DESTE ATENDIMENTO:

*Paciente com Febre
Regressiva, não produz
secreto no bexiga, sem
febre. Repere dos 8h para o local*

RESO:	9	ESTATURA:	cm	PC:	cm
ALIMENTO SO NO PEITO	() SIM () NAO			ALIMENTACAO ADEQUADA	() SIM () NAO
EXAME FISICO NORMAL	() SIM () NAO			EXAME FISICO MOTOR NORMAL	() SIM () NAO
ESTADO VACINAL ATUALIZADO	() SIM () NAO			EXAME FISICO MOTOR NORMAL	() SIM () NAO

QUEIXA PRINCIPAL, HDA, ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES, CONDIÇÕES SOCIAIS, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, EXAME FÍSICO, ETC

EXAMES SOLICITADOS E CONDUTA:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

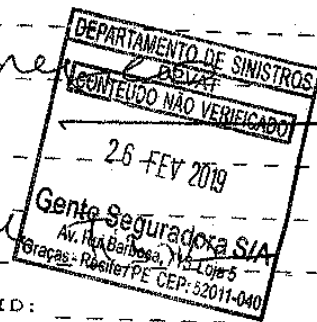
COD. PROC. SUS:

ENCAMBEAMENTO:

1- () ALTA 2- () INTERNAÇÃO 3- () OUTRO PROFI. FAMIL. QUAL:
Continuação de atendimento em Ambulatório 4- () INTERNAÇÃO QUAL:

Assinatura Médico c/ Carimbo

Assinatura Paciente (Responsável)



000018
data 13/10/2016





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA ANTONIO XAVIER CORDEIRO - N.º 00319 - CE
C/RA: SAO JOSE DO BELMONT - PE 56950-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 22969390 09/12/2018	
IVA HENRIQUE DE ANDRADE BARROS AV. EUCLIDES DE CARVALHO, N.º 00197 - CENTRO SAO JOSE DO BELMONT PE 56950-000 INSCRIÇÃO: 135.820.310-0004 950 GRUPO: 14 DEB AUTOMATICO: 022969390			
SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
LIGADO	POTENCIAL	1	COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
A12B304111	09/10/2018	09/11/2018	MEDIA HD
ÁGUA: LEIT. ANT: 498 CONSUMO: 8 LEIT. ATU: RECORRÊNCIA TAXA W LEIT. FAT: 508			
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REFERÊNCIA CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS	
09/2018 10	PARAMETROS	EXIG. PORT.	ANÁLISES ATENDE
08/2018 07	TURBIDEZ	MS 2.913/11	REALIZ. A LEGIS
07/2018 09	COR APARENTE	24	24
06/2018 09	COLOR. RESIDUAL	24	24
05/2018 09	COLIF. TOTAL	24	24
04/2018 05	E. COLI	24	24
MEDIA: 08			
Qualidade de Água: www.compesa.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		8 M3	41,30
Multa p/ Impontualidade 09/2018			0,83
Juros de Mora 08/2018			0,15
Tributos e Taxas de Cálculo			
RS	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE	
COFINS	41,30	1,65	0,68
	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 30/10/2018 TOTAL A PAGAR: 42,28

MENSAGEM:



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **071.245.834-46** Nome completo da vítima: **JANAINA DE ANDRADE BARROS**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **JANAINA DE ANDRADE BARROS** CPF: **071.245.834-46**
Profissão: **ESTUDANTE** Endereço: **RUA ANTONIO XAVIER SOBRINHO** Número: **00017** Complemento: **CASA**
Bairro: **CENTRO** Cidade: **SÃO JOSÉ DO BELMONTE** Estado: **PE** CEP: **56.950-000**
E-mail: **JOAQUIM NETO 763 @ GMAIL.COM** Tel.(DDD): **871.988467128**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R 1.000,00 ☐ R 3.001,00 ATÉ R 5.000,00 ☐ R 7.001,00 ATÉ R 10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R 1.001,00 ATÉ R 3.000,00 ☐ R 5.001,00 ATÉ R 7.000,00 ☐ ACIMA DE R 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itai (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **2211** **CONTA:** **100624** **9**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ **CONTA:** _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor pago.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Janaina de Andrade Barros
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 FEV 2019
Ass. **Gente Seguradora S/A**
Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



507408
00701571/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE -
DP178ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **16E0268000925**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/10/2016** às **17:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **13/10/2016** às **11:00**

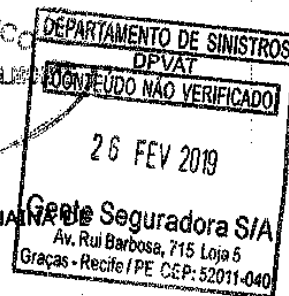
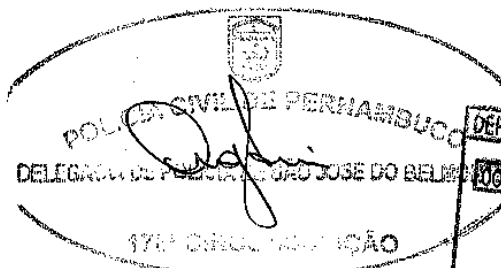
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OSMAR FONSECA DE MENEZES, 1 - Bairro: CENTRO -**
SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **CASTELO**
ARMORIAL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO HOUVE (AUTOR / AGENTE)
IVANILDO LIMA PEREIRA (OUTRO)
JANAINA DE ANDRADE BARROS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JANAINA DE ANDRADE BARROS



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JANAINA DE ANDRADE BARROS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: IVA HENRIQUE DE ANDRADE BARROS Pai: SABINO GOMES DE BARROS Data de Nascimento: 1/5/1985 Naturalidade: SÃO JOSÉ DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7355441/SDS/PE (RG), 07124583446 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: ESTUDANTE Endereço Residencial: AVENIDA EUCLIDES DE CARVALHO (AVENIDA CENTRAL), 197 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL

IVANILDO LIMA PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL

NAO HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IVANILDO LIMA PEREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JANAINA DE ANDRADE BARROS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**



Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCZ8917** (PERNAMBUCO/SÃO JOSE DO BELMONTE) Renavam: **105724484** Chassi: **9C2KD0810FR201144**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

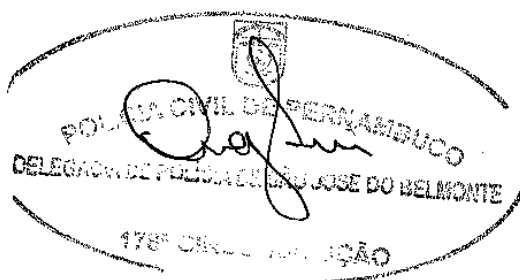
Complemento / Observação

CONFORME RELATO DA VITIMA, A MESMA SE DESLOCAVA DE SUA RESIDENCIA , SITUADA NO BAIRRO CACIMBA NOVA DESTE MUNICIPIO, SENTIDO CENTRO COMERCIAL, PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO CASTELO ARMORIAL, FOI SURPREENDIDA POR UM FIO TELEFONICO QUE SE ENCONTRAVA PENDURADO A UMA ALTURA DE POUCO MENOS DE 1,50 METROS DO SOLO. NA OCASIAO, A COMUNICANTE TEVE SEU PESCOÇO LAÇADO PELA FIACAO, SENDO ABRUPTAMENTE ARRANCADA DE CIMA DA MOTOCICLETA E, PROJETADA AO CHAO.A SENHORA JANAINA FOI SOCORRIDA POR POPULARES A UNIDADE MISTA AUTA MAGALHAES E EM SEGUIDA REMOVIDA PARA O HOSPAM EM SERRA TALHADA.POR FIM A COMUNICANTE CONTA QUE SOFREU VARIAS LESOES PELO CORPO ENTRE ELAS UM CORTE PROFUNDO NO PESCOÇO E A FRATURA DE UMA DAS PERNAS.NO DIA DO ACIDENTE A MOTOCICLETA ESTAVA EM NOME DE IVANILDO LIMA PEREIRA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JANAINA DE ANDRADE BARROS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANDRELINO GENEIRINO LINS** - Matrícula: **2209942**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **071.245.834-46** Nome completo da vítima: **JANAINA DE ANDRADE BARROS**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **JANAINA DE ANDRADE BARROS** CPF: **071.245.834-46**
Profissão: **ESTUDANTE** Endereço: **RUA ANTONIO XAVIER SOBRINHO** Número: **00017** Complemento: **CASA**
Bairro: **CENTRO** Cidade: **SÃO JOSÉ DO BELMONTE** Estado: **PE** CEP: **56.950-000**
E-mail: **JOAQUIM NETO 763 @ GMAIL.COM** Tel.(DDD): **871 988467128**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R 1.000,00 ☐ R 3.001,00 ATÉ R 5.000,00 ☐ R 7.001,00 ATÉ R 10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R 1.001,00 ATÉ R 3.000,00 ☐ R 5.001,00 ATÉ R 7.000,00 ☐ ACIMA DE R 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **2211** **CONTA:** **100624** **9**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ **CONTA:** _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor pago.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Janaina de Andrade Barros
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**Bradesco****Dia & Noite**

BDN - BRADESCO DIA E NOITE

EXTRATO CONTA POUPANCA FACIL TERM. 052137
 JANAINA DE ANDRADE BARROS 12:04 HRS
 AGENCIA 2211 CONTA 1000624-4 18/DEZ/2018

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL **1000,00**
 + CONTA POUPANCA FACIL **1000,00**
 SO DEPOS A PARTIR 4/5/12 **1000,00**
 TOTAL DE RECURSOS **1000,00**

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS

NOVA POUPANCA - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12
 DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)
 ANIVERSARIO 18/12/2018
 09 6,65 0,02
 18 **1000,00** 0,00
 TOTAL 0,02

EXTRATO CONSOLIDADO

OUTUBRO/2018
 DIA HISTORICO N.DCCTO VALOR
 09 SALDO ANTERIOR **1000,00**
 NOVEMBRO/2018
 09 RENDIMENTOS 0903715 **0,02**
 Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12
 S A L D O **1000,00**
 DEZEMBRO/2018
 10 RENDIMENTOS 0903715 **0,00**
 Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12
 TRF CP AUTOAT 4200292 **1000,00**
 GEORGE DE LEMOS BARBOZA
 SALDO TOTAL **1000,00**

Demonstrativo para simples conferencia.
 Sujeito a alteracoes ate o final do dia.

Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.

SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.

Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.

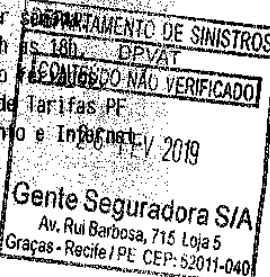
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h.

de segunda a sexta-feira, exceto feriados.

A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PE

esta disponivel no Autoatendimento e Internet.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADOS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

NP do sinistro ou ASL:

3190JF2853

CPF da vítima:

071.245.834-46

Nome completo da vítima:

JANAINA DE ANDRADE BARROS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

Nome completo:

JANAINA DE ANDRADE BARROS

CPF:

071.245.834-46

Profissão:

ESTUDANTE

Endereço:

AV. RUIZES DE CARVALHO

Número:

00197

Complemento:

C950

Bairro:

CENTRO

Cidade:

SÃO JOSÉ DO BELMONTE

Estado:

PE

CEP:

56350-000

E-mail:

JOAQUIMNETO163@EMAIL.COM

Telefone:

071988467129

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.000,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.000,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POLIPARCA (Converte para os termos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (257)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2211

CONTA:

3000624

4

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e semestral após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (nas nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

19 MAR 2019

Segura Seguradora

Av. Rui Barbosa, 100

Recife - PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-as adivelha cência do Inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

**Bradesco****Dia & Noite**

BOM BRANCO DIA E NOITE

EXTRATO CONTA POUPANCA FACIL TERM. 05/21/17
 JANAÍNA DE ANDRADE BARROS 12:04 14/5
 AGENCIA 2211 CONTA 1000624-4 18/DEZ/2018

DISPONIVEL

- TOTAL DISPONIVEL **1000,00**
 + CONTA POUPANCA FACIL **1000,00**
 SE DEPOS A PARTIR 4/5/12 **1000,00**

TOTAL DE RECURSOS **1000,00**

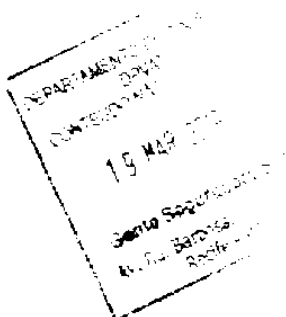
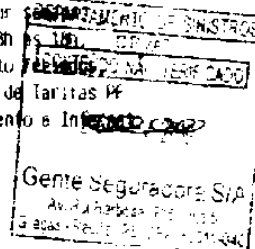
DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS

NOVA POUPANCA - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12
 DIA DO SALDO EM RENDIMENTOS
 ANIVERSARIO 18/12/2018
 09 8,65 **8,65**
 10 **1000,00** **1000,00**
 TOTAL **1008,65**

EXTRATO CONSOLIDADO

----- OUTUBRO/2018 -----
 DIA HISTORICO N. DOCTO VALOR
 09 SALDO ANTERIOR **1000,00**
 ----- NOVEMBRO/2018 -----
 09 RENDIMENTOS 0903/15 **8,65**
 Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12
 S A L D O **1008,65**
 ----- DEZEMBRO/2018 -----
 10 RENDIMENTOS 0903/15 **8,65**
 Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12
 TRF CP AUTCAT 4/20/2012 **1000,00**
 GEORGE DE LEMOS BARBOSA
 SALDO TOTAL **1008,65**

Demonstrativo para simples conferência,
 Sujeito a alterações até o final do dia,
 Fone Facil - 4002 0022 / 0000 570 0022,
 SAC Ato Bradesco - 0800 7048363,
 Deficiência Auditiva/Pala 0800 722 0093,
 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana,
 Divisorio - 0800 7279933 das 08h
 de segunda a sexta-feira, exceto
 A declaração de Quitacao Anual de Tarifas PF
 esta disponivel no Autoatendimento e Internet Banking





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Data do Acidente: 13/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANAINA DE ANDRADE BARROS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002211-0

Conta: 000001000624-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Data do Acidente: 13/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JANAINA DE ANDRADE BARROS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00067/00068 - carta_03 - INVALIDEZ

00060034



Carta nº 1444812





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190172853

Vítima: JANAINA DE ANDRADE BARROS

Data do Acidente: 13/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JANAINA DE ANDRADE BARROS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00865/00866 - carta_03 - INVALIDEZ

00060433



Carta nº 14187293

